

DA INCAPACIDADE PARA GERIR O REGIME TERAPÊUTICO MEDICAMENTOSO, AO NÍVEL DE SUPORTE NECESSÁRIO

Bastos, F. *

Paiva e Silva, A. **

* Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Adjunta; e-mail: fernandabastos@esenf.pt

** Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor Coordenador; e-mail: abel@esenf.pt

RESUMO

Face à magnitude da doença crónica e à complexidade dos regimes terapêuticos medicamentosos hoje adoptados os profissionais de saúde confrontam-se com frequência com situações de ineficácia desse mesmo regime. As dificuldades da gestão vão desde questões de falta de conhecimento à não adesão, não sendo desprezível, no entanto, a questão da capacidade da pessoa versus a complexidade desse regime medicamentoso.

Objectivo: Identificar diferentes níveis de suporte à gestão do regime terapêutico medicamentoso face à capacidade/incapacidade da pessoa para a gestão desse regime.

Métodos: Foi realizado um estudo multicaseos, com follow-up durante cerca de um ano e meio, em que foram realizadas entrevistas, observação participante e consulta de processos clínicos. Fizeram parte do estudo 22 participantes com regimes terapêuticos complexos e com múltiplos internamentos desde Janeiro 2006 a Setembro de 2008. Os dados foram analisados pelo método proposto por Strauss e Corbin.

Resultados: Neste estudo encontrámos situações de sub-diagnóstico de incapacidade para a gestão do regime terapêutico, por vezes identificadas como situações de não adesão. Face à capacidade para gerir o regime terapêutico emergem dois temas: a capacidade económica, para adquirir os medicamentos; e a capacidade da pessoa para saber, tomar, avaliar e controlar os medicamentos. Face a esta última, encontrámos três categorias relacionadas com a capacidade cognitiva, a memória e a percepção, propondo-se um fluxograma com o nível de suporte necessário por um prestador de cuidados profissional ou familiar, em função dos diferentes níveis de capacidade versus incapacidade

Conclusão: A desvalorização da capacidade para a pessoa com doença crónica gerir o seu regime terapêutico medicamentoso pode conduzir a situações inadequadas de dependência de um prestador de cuidados, diminuindo o nível de autonomia. A não identificação de situações de incapacidade pode conduzir à ineficácia da gestão com as consequências daí inerentes, com reinternamentos e diminuição da qualidade de vida da pessoa.

Palavras-chave: Gestão do regime terapêutico; Prestador de Cuidados; Doença crónica; Família; Capacidade.

ABSTRACT

Given the magnitude of chronic disease and the complexity of drug regimens, health professionals are often faced with situations of ineffectiveness of therapeutic regime. Self-management difficulties ranging from lack of knowledge until noncompliance, not being despicable, however, the individual ability versus the complexity of drug regimen.

Objective: To identify different levels of support to the management of drug treatment regimen given the ability / disability of the person to manage the scheme.

Methods: We conducted a study multicaseos with follow-up for about a year and a half, in which we conducted interviews, participant observation and clinical processes. Study participants were 22 participants with complex

regimens, with multiple hospitalizations, since January 2006 to September 2008. Data were analyzed by the method proposed by Strauss and Corbin.

Results: In this study, we found situations of under-diagnosis of inability to manage the therapeutic regimen, sometimes identified as instances of noncompliance. The ability to manage the therapeutic regimen emerging as a major category, with two other themes: the economic capacity to acquire the prescribed drugs, and the person's ability to "learn", to "make", to "evaluate" and to "control" medication effect. Given the person's capability, we find three categories related to cognitive ability, memory and perception. In this study we propose a flowchart with the level of support required, by a professional provider or family member, depending on the different levels of ability versus disability.

Conclusion: The devaluation of the capacity for people with chronic illness, manage their treatment regimen may lead to inappropriate situations of dependence on a caregiver, decreasing the level of autonomy. Failure to identify situations of incapacity can lead to inefficient management with the implications associated with readmission and decreased quality of life of the person.

Keywords: Self-management; Caregiver; Chronic Illness; Family; Ability.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (1) estima que 86% de todas as mortes na Região Europeia (8 414 000), em 2005, foram causadas por doenças crônicas, prevendo-se que nos próximos 10 anos cerca de 88 milhões de pessoas morrerão por esta causa (2), traduzindo-se num aumento de 4%.

Na Europa, entre 4 e 34% das pessoas com mais de 65 anos de idade usam em simultâneo cinco ou mais medicamentos prescritos (3) e, Boyd et al.(4), através de uma situação hipotética de várias doenças simultâneas, demonstra que a utilização de *guidelines* apontaria para uma prescrição concomitante de 12 fármacos, demonstrando a grande complexidade do regime terapêutico, além da existência de múltiplos riscos e reacções adversas resultantes da associação dos mesmos.

Finalidade e objectivos

Este estudo é parte de uma investigação que tem por finalidade criar um modelo explicativo da gestão do regime terapêutico. Neste artigo circunscrevemo-nos ao objectivo de identificar diferentes níveis de suporte à gestão do regime terapêutico medicamentoso face à capacidade/incapacidade da pessoa para a gestão desse regime.

METODOLOGIA

Seguindo uma metodologia qualitativa e influenciado pela teoria de transição de Meleis (5), desenhou-se um estudo multicase (6) de carácter longitudinal em que os dados foram analisados de acordo com o método proposto por Strauss e Corbin para gerar uma Grounded theory (7), (8).

Participantes

Para a identificação dos possíveis participantes do estudo foram solicitados os registos informatizados do Hospital Pedro Hispano, relativos a todos os utentes que no ano de 2006 e/ou de Janeiro de 2007 a Setembro de 2007, tiveram mais que um episódio de internamento. Destes, seleccionámos os que tiveram mais que cinco reinternamentos (94) e cuja área de residência pertencia aos Centros de Saúde ou Unidades de Saúde Familiar da mesma Unidade Local de Saúde (Matosinhos). Foram consultados 62 processos clínicos tendo sido seleccionados os possíveis participantes. Os vinte e dois participantes que preenchiam os critérios e aceitaram participar no estudo, tiveram entre 11 e 5 reinternamentos, apresentando uma média de 54,6 (16,9) anos, com uma mediana aproximada da média de 57,5 anos e variando entre um mínimo de 13 anos e um máximo de 82. Predominantemente têm 4 anos de escolaridade, apenas 8 estão casados ou têm companheiro(a) e 7 vivem sós.

Instrumentos

As técnicas, para colheita de dados, utilizadas ao longo do *follow up*, foram a análise documental dos processos clínicos e a interacção com os participantes e seus contextos. Nesta interacção procedemos a entrevistas e observação participante, em contexto familiar ou institucional (Lar, Centro de dia, Centro de Saúde e Hospital) com o objectivo de identificar comportamentos e compreender as atitudes, as razões e as relações entre os elementos de intervenção em saúde e a gestão do regime terapêutico.

Procedimentos

Os dados transcritos das entrevistas e as notas de campo foram submetidos a análise, procedendo-se a uma codificação inicial de segmentos das narrativas por significado – microanálise, e a um processo de codificação aberta e axial, procurando propriedades e dimensões de cada uma das categorias. Foram construídos diagramas e enredos para facilitar a redução teórica. As siglas adiante designadas por P, PC, NC, referem-se respectivamente a Participante (e número), Processo Clínico e Notas de Campo.

Para a realização do estudo foi pedida autorização ao Conselho de administração da Unidade Local de Saúde de Matosinhos com parecer da Comissão de Ética. Foi solicitada a participação no estudo após explicação do teor do mesmo e todos os participantes assinaram um termo de aceitação. A confidencialidade dos dados fica assegurada pela codificação dos participantes.

ANÁLISE & DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A pobreza emerge como a condição mais frequente entre os vinte e dois casos, inferindo-se que é, de facto, uma condição propícia ao mau controlo da doença e à frequência de reinternamentos. Apesar do suporte social, em subsídios e/ou bens, alguns dos participantes referem não tomar a medicação por falta de dinheiro para a adquirir, ou para adquirir comida para acompanhar a medicação “Tomo de manhã, quando como. À noite às vezes já não tomo. Quando não tenho comida, enjoa por causa da medicação” E1P4.

Neste estudo encontramos situações de sub-diagnóstico de incapacidade para a gestão do regime terapêutico, identificadas como situações de não adesão “reinicia hipocoagulação oral (estava suspensa por má adesão)” PCP12. O conceito de adesão em enfermagem, mais que a concordância com as indicações profissionais, é uma questão de volição, não limitada pela incapacidade de qualquer tipo, nem por falta de conhecimento. Quando nos encontramos perante alguém que não possui algum dos pressupostos anteriormente referidos, o verdadeiro foco não é a adesão. Orem identifica como condições para que uma pessoa possa cuidar de si mesmo, a motivação, capacidade para a tomada de decisão, o conhecimento técnico, as capacidades cognitivas, perceptuais e interpersonais e, ainda a coerência e integração das acções de autocuidado na vida pessoal, familiar e comunitária (5).

A capacidade para gerir o regime terapêutico emerge, neste estudo como muito relevante e associado essencialmente a dois diagnósticos de enfermagem: o potencial para desenvolver a capacidade para gerir o regime terapêutico e a incapacidade (ou capacidade comprometida) para gerir o regime terapêutico. Face à capacidade para gerir o regime terapêutico percebem-se dois temas, com implicações diferentes para a enfermagem: a capacidade económica, para adquirir os medicamentos; e a capacidade da pessoa para saber, tomar, avaliar e controlar os medicamentos.

“...já havia tomado a medicação da tarde, mas na caixa da medicação encontravam-se comprimidos em todos os compartimentos. A Sr.^a não o sabia explicar... Objectivamente quando conferi a medicação, esta estava correcta em termos de quantidade, mas distribuída pelos compartimentos sem qualquer lógica... é visível alteração da memória recente.” NC1P12.

Face à incapacidade encontramos três subcategorias, distinguidas em função da causa: por alteração da capacidade cognitiva, da memória e da percepção.

“...[Hipocoagulação] até Janeiro altura em que abandonou a consulta por esquecimento” PCP12. “também não os tomava [comprimidos]...eu não vejo para os ir buscar...”E1P21. “...os comprimidos eu não vejo para ler, eu não vejo desta vista”. E1P5. “seguida no Hospital Maria Pia por dificuldades de aprendizagem.”PCP4

Quando a pessoa apresenta algum grau de incapacidade para gerir o regime terapêutico, a necessidade de suporte profissional varia em função da existência de suporte familiar, da complexidade do regime terapêutico e do nível da incapacidade da pessoa. Verificou-se, neste estudo, um padrão de vulnerabilidade superior nos participantes que não tinham suporte familiar eficaz, face às suas necessidades e uma variabilidade na necessidade de suporte profissional que atinge o seu máximo perante um grande incapacidade e um regime terapêutico muito complexo. Em alguns participantes, com suporte familiar, emergiu um desajuste no nível de suporte fornecido e a necessidade objectiva do mesmo: por defeito, aumentando o risco de gestão ineficaz do regime terapêutico farmacológico com administração de fármacos em excesso ou privação; por excesso, aumentando o nível de dependência, mal aceite em alguns casos “Afectou a minha vida...eu era independente e agora estou pendente” E1P3. “E depois para aturar isto...” [esboça gesto de ser preciso muita paciência] NC5P18.

Encontrámos, também, entre os participantes um conjunto de pessoas que, em comum, apresentam um estilo

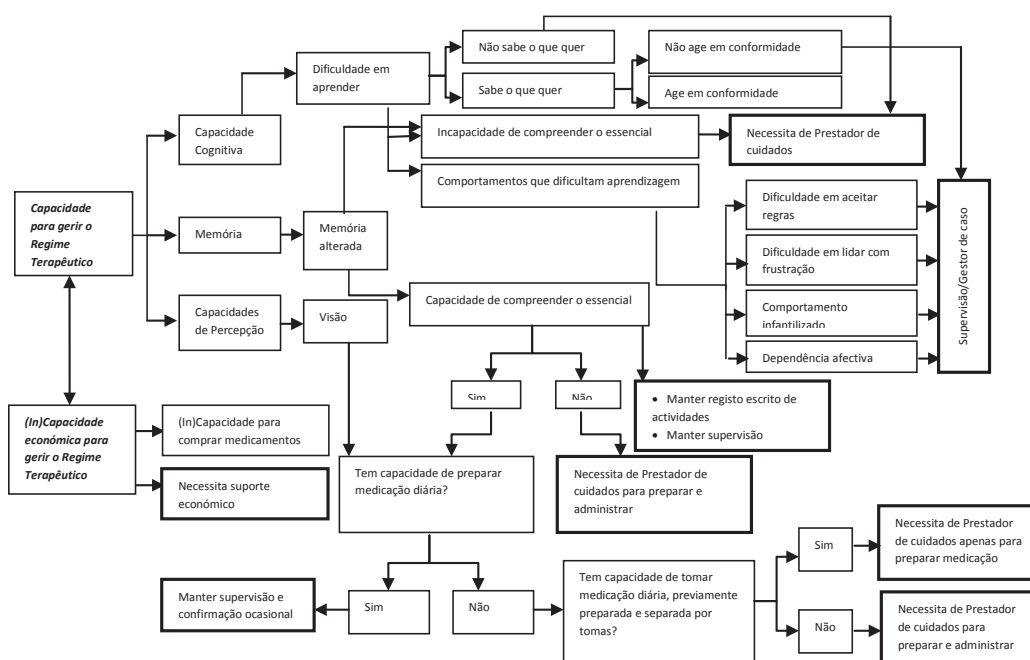
de autocuidado negligente, podendo ter associado alguma dificuldade na aprendizagem. Esta situação tem implicações para a enfermagem que precisa de identificar correctamente qual o problema para agir de forma adequada. Intervenções do âmbito de ensinar, dificilmente terão os resultados pretendidos se no seu planeamento não forem incluídas estratégias para minimizar as dificuldades. Objectivos como o “empowerment” podem não ser adequados para todas as pessoas, podendo admitir-se a existência de suporte profissional para dirigir e supervisionar a gestão do regime terapêutico, como forma de minimizar o efeito da doença na vida de pessoas nessas condições.

Baseado nestes resultados propõe-se um fluxograma (Fig 1) com o nível de suporte necessário por um prestador de cuidados profissional ou familiar, em função dos diferentes níveis de capacidade, versus, incapacidade.

CONCLUSÕES

A desvalorização da capacidade para a pessoa com doença crónica gerir o seu regime terapêutico medicamentoso pode conduzir a situações inadequadas de dependência de um prestador de cuidados, diminuindo o nível de autonomia. A não identificação de situações de incapacidade pode conduzir à ineficácia da gestão com as consequências daí inerentes, com reinternamentos e diminuição da qualidade de vida da pessoa.

Figura 1: Fluxograma de decisão da necessidade de suporte na gestão do regime terapêutico



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO - *Prevenção de Doenças Crônicas um investimento vital*. Genebra: WHO Global Report, 2005.
2. WHO - *The Impact of chronic disease in Europe*. [Consultado a 26 de Janeiro de 2011] URL: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/
3. JUNIUS-WALKER, U., THEILE, G. e HUMMERS-PRADIER, E. - Prevalence and predictors of polypharmacy among older primary care patients in Germany. *Family Practice*. Vol. 24 (2007), p. 14-19.
4. BOYD, C.M., et al. - Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases. Implications for Pay for Performance. *Journal of the American Medical Association*. Vol. 294, n.º 6 (2005), p. 716-724.
5. MELEIS, A. - Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. Vol. 23, n.º 1 (2000), p. 12-28.
6. YIN, R. - *Estudo de caso - Planejamento e métodos*. 3.ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.
7. STRAUSS, A. & CORBIN, J. - *Pesquisa Qualitativa. Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. [trad.] Luciane de Oliveira da Rocha. 2.ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
8. STRAUSS, A. & CORBIN, J. - *Basics of Qualitative Research. Techniques and procedures for developing Grounded Theory*. 2.ª ed. California: Sage, 1998.